Lane Medical Library

Ovarialtumoren in der Schwangerschaft,

als Geburtshindernis und ihre Gefahr für das Wochenbett.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 18. Juli 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Heinrich Winter, Unterarzt
aus Wittenberg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Georg Krausnick, Marine-Unterarzt.
„ Dr. med. Carl Mallebrein, Unterarzt.
„ cand. med. Gustav Lüking.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153520_0076

Seiner lieben guten Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Ovarientumoren in der Gravidität sind keine häufige Komplikation, dennoch findet man eine ziemlich bedeutende Litteratur über diesen Gegenstand. Das hat seinen Grund einerseits darin, dass gerade diese Komplikation etwas Seltenes und Interessantes ist, andererseits darin, dass Ovarientumoren in der Gravidität eine grosse Gefahr für das mütterliche und kindliche Leben setzen, und weil jeder Geburtshelfer bemüht sein wird, die zweckmässigste und nützlichste Therapie zu veröffentlichen. Dass die Laparotomie die einzige vernünftige und richtige Therapie ist, darüber ist man sich wohl jetzt allgemein einig. Die Laparotomie wurde zuerst von England aus bei dieser die Gravidität so gefährdenden Komplikation empfohlen. Schröder veröffentlicht sodann 1880 sieben von ihm eigenhändig ausgeführte Laparotomieen, wo Gravidität bestand, und verteidigt auf das energischste diese so zweckmässige Therapie; ihm folgt eine Publikation von Stratz 1886, wo sieben weitere glückliche Laparotomien in der Schwangerschaft aus der C. Schröderschen Klinik diesem Verfahren das Wort reden; desgleichen beweist Olshausen an der Hand von 82 Fällen von 44 verschiedenen Operateuren die Zweckmässigkeit dieses Verfahrens. So scheint zur Genüge schon über diesen Gegenstand geschrieben zu sein, und doch halte ich es nicht für unberechtigt, über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft nochmals zu schreiben, einerseits weil gerade die klinischen Punkte, Diagnose, Symptome etc. hie und da in den Arbeiten verstreut sind, andererseits, weil die Statistik der Laparotomie in der Gravidität sich wieder in den letzten Jahren vermehrt hat. Durch die Güte des Geheimen Medizinalrats Herrn Professor Dr. Gusserow bin ich in der Lage, die Kasuistik von Ovarialtumoren als Geburtshindernis durch einen neuen Fall vermehren zu können und werde im Anschluss an diesen über die Hauptpunkte dieser Komplikation sprechen.

Das Wochenbett gefährdet durch Ovarialtumor, dieses Thema ist erst wenig in Betracht gezogen worden, und doch ist gerade hier die Gefahr sehr gross, und es lohnt sich daher, auf eine zweckentsprechende Therapie hinzuweisen; im Anschluss an den genannten Fall werde ich dies thun.

Doch mögen wir nun unser Thema im Speziellen betrachten.

Diagnose: Wichtig ist es, so früh wie möglich die Diagnose der mit Ovarialtumoren komplizierten Gravidität zu stellen, da man dann den richtigen Zeitpunkt für die Operation erwählen kann. Es ist zwar nicht immer leicht, die Diagnose zu stellen, aber doch fast ausnahmslos möglich, Schröder hat es bei seinen 14 Laparotomien in der Schwangerschaft stets gekonnt. Erschwert wird die Diagnose durch die Spannung des Leibes während der Schwangerschaft, sodann kann der Tumor dem Uterus so dicht anliegen, dass er für einen Teil desselben gehalten wird; Nicholson (amer. journ. of med. sc. 1871, Juli) glaubte Hydramnion vor sich zu haben und war erstaunt, als nur wenig Fruchtwasser abfloss. Olshausen macht darauf aufmerksam, dass man den Ovarialtumor leicht für Teile eines zweiten Kindes halten könnte (Olshausen, Krankheiten der Ovarien, deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke, Liefg. 58, pag. 133). Zunächst wird man bei Frauen in den geschlechtsreifen Jahren, wenn sonst die Menstruation regelmässig eintrat, beim Ausbleiben derselben an Konzeption denken müssen. Bei dem Nachweis der Schwangerschaft wird man alle diesbezüglichen diagnostischen Mittel zu Hilfe nehmen. Wir werden auf die Zeichen achten, die eine Schwangerschaft mutmassen lassen. Hierher gehören alle subjektiven Erscheinungen, wie Übelsein, Erbrechen auf nüchternen Magen, Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen in den Extremitäten etc. Sodann werden wir unser Augenmerk auf die objektiven Veränderungen richten, auf die Vergrösserung des Uterus und seine Konsistenz, auf die bläuliche Verfärbung der Schleimhaut des Introitus und der Portio und der Auflockerung der letzteren, auf das Vorhandensein von Colostrum; bei Erstgeschwängerten käme noch die Pigmentierung des Warzenhofes der Brüste und der Linea alba in Betracht.

Leider ist jedoch in den ersten 3—4 Monaten keine sichere, sondern nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose mög-

lich, da die einzigen sicheren Zeichen, das Hören kindlicher Herztöne und das Fühlen kindlicher Bewegungen durch die Hand eines geübten Geburtshelfers erst nach dieser Zeit wahrnehmbar ist. Sind aber die erstgenannten Zeichen vorhanden, so müssen wir die Diagnose der Schwangerschaft als ziemlich sicher annehmen. Sodann werden wir das Vorhandensein eines vom Uterus abgrenzbaren Tumors zu konstatieren suchen. Charakteristisch ist häufig gegenüber der Weichheit des graviden Uterus die pralle Beschaffenheit der Ovarientumoren. Manchmal wird man bei den Ovarientumoren, von den Bauchdecken aus, zumal wenn durch die Narkose die Bauchmuskulatur erschlafft ist, durch Palpation einen Tumor fühlen, der in einen Stiel bis zum weichen Uterus sich fortsetzt. Bei der kombinierten Untersuchung wird es fast immer gelingen, das Vorhandensein und die Natur des Tumors zu bestimmen. Nur muss man daran denken, dass auch weiche Tumoren oft durch den gespannten hochgradigen Druck im Abdominalraum während der Schwangerschaft als solide Geschwülste aufgefasst werden. Hier würde die Probepunktion entscheiden, die ihren hauptsächlichsten Vertreter seiner Zeit in Spencer Wells fand; doch müssen wir diese energisch widerraten, da durch den Punktionsstich Wundflächen erzeugt werden, die mit einander verwachsen und sich so Adhäsionen bilden, die bei einer eventuellen späteren Operation recht hinderlich sind. Arbeitet man mit schmutzigen Instrumenten, so wird auch die Gefahr der Peritonitis heraufbeschworen. Wie leicht diese letal endet, brauche ich nicht zu erwähnen. Kommt es zur Heilung, so ist diese eine doch meistens recht unvollkommene, da der Heilungsprozess mit Adhäsionsbildung mit den Nachbarorganen einhergeht. Haben sich Adhäsionen zwischen den Därmen und der Geschwulst gebildet, so droht stets die Gefahr des Ileus. Durch die Peristaltik des Darmes kommt es an den betreffenden Verwachsungsstellen zur Abknickung und plötzlich sind alle die betrübenden Symptome des Darmverschlusses vorhanden, Stuhlverstopfung, Tympanie des Leibes, Kotbrechen und der schnelle Verfall der Patientinnen. Sind die Tumoren mit anderen Nachbarorganen verwachsen, z. B. Blase, so kann es zum recht schnellen Wachstum derselben kommen, da sie von den Blutgefässen dieses Organs fortan miternährt werden. Zwar sind diese Gefahren nicht zu erwarten, sobald man saubere

Instrumente gebraucht, doch möchte ich die Probe-Punktion verwerfen und anstatt ihrer die Probe-Incision als kaum gefährlicheres und bei weitem besseres diagnostisches Hilfsmittel empfehlen. Monod (Annales de Gyn., Mai 1885, Soc. de Chir., Séance du Mars 1885) machte einen Probebauchschnitt unter folgenden Verhältnissen: Eine 37jährige Frau hatte einen Bauchtumor, welcher sich bis über den Nabel ausbreitete. Die Frau gab an, seit zwei Monaten nicht die Regel zu haben. Die Grösse des Tumors war also nicht im Einklang mit dem Ausbleiben der Menses zu bringen. Andererseits ergaben die Palpation, die Perkussion negative Resultate. Die Vaginaluntersuchung liess „vermuten", dass eine Geschwulst unabhängig vom Uterus vorhanden sei. Die Diagnose lautete Cyste de l'ovaire. Es wurde die Bauchwand incidiert, man fand nur den vergrösserten Uterus vor — sonst nichts. Monod schloss sofort die Bauchwunde. Die Folgen der Operation waren sehr einfach, 14 Tage darnach war die Operierte geheilt. Die vorhandene Schwangerschaft wurde nicht alteriert. Die Patientin gestand nachher, dass sie mit Absicht falsche Angaben über die Zeit des Ausbleibens der Regel gemacht habe. Ein derartiges Vorgehen ist nicht ohne weiteres zu billigen, und dieser Fall zeigt uns wieder, dass man nicht sich durch Angaben der Patienten allein verleiten lassen soll, operativ einzugreifen; nur objektive Symptome rechtfertigen einen operativen Eingriff. Andererseits spricht dieser Fall für die Ungefährlichkeit der Laparotomie, die unter antiseptischen Kautelen ausgeführt ist, und die Probeincision ist daher für Fälle, welche die Komplikation von Ovarialtumoren mit Gravidität erwarten lassen, wohl angezeigt. Hatte doch Lawson Tait bei 13 Probeincisionen keine Todesfälle, während er bei acht unvollendeten Operationen vier Todesfälle hatte. Er bemerkt aus diesem Anlasse: „When the Doctor is in doubt and the patient in danger, make an explorathory incision, and deal with you find as best as you can."

Symptome. Die Symptome, die Ovarialtumoren in der Gravidität verursachen, sind sehr verschiedener Art. Es sind Fälle zur Beobachtung gekommen, wo Ovarialtumoren und Gravidität bestand, wo letztere, Geburt und Wochenbett ohne die geringste Störung ihr normales Ende erreichten; einen solchen Fall beobachtete Olshausen, ja

Spencer Wells kann verschiedene Fälle dafür als Beweis anführen; er berichtet über fünf Schwangerschaften bei ein und derselben Frau mit dieser Komplikation, die in normale Geburten ausgingen. Treten Symptome auf, und das ist die Regel, so richten sich diese nach der Grösse und dem Sitz des Tumors. Die Ovarialtumoren im grossen Becken rufen leicht Abortus hervor. Der in der Gravidität gewöhnlich schnell wachsende Tumor (das schnelle Wachstum erklärt sich aus dem reichen Blutzufluss zu den Genitalorganen während der Schwangerschaft) drückt auf den sich vergrössernden Uterus und reizt diesen zu Kontraktionen. Der Abortus beginnt. Wird der Uterus nicht irritiert, so wird durch die Raumbeschränkung, hervorgerufen durch den schnell wachsenden Tumor und den sich allmählich vergrössernden graviden Uterus, das Zwerchfell in die Höhe gedrängt und es kann so zu den schlimmsten Formen der Dyspnoë kommen. Das sind Fälle, wo die Punktion als indicatio vitalis gemacht ist. Sodann können grosse Ovarientumoren zumal in der Gravidität bedeutende Cirkulationsstörungen bedingen, wie das leicht erklärlich ist. Herzklopfen stellt sich ein, es kommt zu kolossalen Ödemen der unteren Extremität, der Vulva, zu Ascites etc.

Die Erscheinungen der Ovarialtumoren, die im kleinen Becken ihren Sitz haben, sind meistens anderer Natur. Der in der excavatio recto-uterina liegende Tumor drängt die Vaginalportion des Uterus gegen die Symphyse. Alsbald treten die bekannten Incarcerationserscheinungen auf. Es stellen sich unerträgliche Schmerzen im Unterleibe ein, die bis in das Kreuz und die Lendengegend ausstrahlen; es machen sich heftige Störungen der Funktion von seiten der Blase und des Mastdarms geltend. Die gequälten Patientinnen klagen über starke Urinbeschwerden, sie leiden an hartnäckiger Stuhlverstopfung und haben die heftigsten Schmerzen bei der Defäkation.

Prognose. Diese ist sehr ernst, falls das exspektative Verfahren einem entschlossenen zweckmässigen Handeln gegenüber den Vorzug erhält. Die Gefahr eines schlimmen Ausgangs liegt darin, dass es bei den in der Bauchhöhle entwickelten Tumoren sehr leicht zur Torsion des Stiels des Ovarialtumors kommt. Die Drehung ist $^1/_2$—6fach. Wahrscheinlich wird sie durch das ungleiche Wachstum

der Tumoren selbst oder durch Hindernisse in ihrer Umgebung, des Promontorium, der Blase oder der Därme bedingt, oder sie wird durch Verwachsungen mit Nachbarorganen und deren Dislokationen oder durch heftige Körpererschütterungen eingeleitet (Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1886). Durch die Torsion kommt es zur Blutstauung in den Cysten und zur Entzündung dieser selbst oder der Umgebung; bei Aufhören der Ernährung, wenn also durch die Torsion auch die Arterien zugeschnürt sind, gangränescieren die Cysten und es kommt zu einer eitrigen Peritonitis, die fast immer letal endet. Nur selten kommt es zu einer Art Heilung, indem die Cysten schrumpfen, sich verkleinern und ihr Inhalt sich eindickt und verfettet oder verkalkt (vergl. Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, und Olshausen, Die Kranheiten der Ovarien, Billroth & Luecke, Deutsche Chirurgie, Liefg. 58, pag. 142). Bei malignen Tumoren ist selbstverständlich die Prognose stets infaust, falls nicht frühzeitig operiert wird. Wernich behauptet nun, dass in der Schwangerschaft gutartige Geschwülste der Ovarien sich leicht in bösartige umwandelten; die Wahrheit dieser Behauptung gäbe dem exspektativen Verfahren den Todesstoss. Jedoch ist dies eine noch unbewiesene und höchst wahrscheinlich nicht zutreffende Wahrnehmung, dennoch sollte man aber keineswegs exspektativ vorgehen in anbetracht der anderen grossen Gefahren.

Therapie. In der vorantiseptischen Zeit können wir von einer Therapie dieser gefahrbringenden Komplikation der Gravidität nicht sprechen. Die Punktion, deren Hauptvertreter Spencer Wells war, war das allgemeine Verfahren, das zur Anwendung kam, sobald sich bei der Schwangeren Beschwerden einstellten. Sie ist in Wahrheit nur ein Palliativmittel. Dass durch die Punktion unangenehme Verwachsungen herbeigeführt werden können, habe ich bereits erwähnt. Ausserdem ist in der Gravidität die Möglichkeit leicht gegeben, den graviden Uterus teils irrtümlicher Weise (Spencer Wells punktierte einmal in der Meinung, der gravide Uterus sei eine Cyste, er hatte gerade durch Laparotomie eine Ovariumcyste entfernt, den graviden Uterus), teils aus Versehen, wie das mehrfach geschehen ist, zu punktieren. Als Therapie ist sodann von R. Barnes die künstliche Frühgeburt vorgeschlagen worden. Diese verschlechtert, ohne die Mutter zu heilen und ohne sie den Gefahren der Kom-

plikation von Ovarientumoren mit der Geburt und dem Wochenbett zu entrücken, wesentlich die Prognose des Kindes, könnte überdies ja, wenn man nicht auch noch die künstliche Fehlgeburt, resp. den Abortus als therapeutisches Mittel heranziehen will, wobei auf das Kind gar keine Rücksicht genommen wird, nur für die letzten 8—10 Wochen der Schwangerschaft in betracht kommen. Als Kuriosum einer Therapie möchte ich einen Fall von Hein anführen, den ich in der Litteratur gefunden habe. Hein (Schm. Jahrb. Bd. 156, p. 333, 1872) teilt einen Fall mit von Komplikation der Schwangerschaft mit einer Eierstockscyste. Die 20jährige Erstgeschwängerte litt im letzten Monate bei kolossaler Ausdehnung des Unterleibes, mit hochgradigem Ödem der unteren Extremitäten, an behinderter Respiration. Eiweisshaltiger Urin. Die Cyste wurde punktiert; es entleerten sich etwa 15 Pfund des bekannten Dermoidcysten-Inhaltes mit blonden und schwarzen Haaren. Elf Tage darauf zweite Punktion. Hierauf wurde ein elastischer Katheter in die Punktionsöffnung eingeführt und befestigt. Am vierten Tage nach der zweiten Punktion Geburt eines lebenden Kindes. Bald trat erneuerte Schwangerschaft ein und während die Cyste forteiterte, trat normale Geburt des zweiten und 2 Jahre später Geburt des dritten Kindes ein, während die Geschwulst noch immer forteiterte. Reinhold Hein empfiehlt nach diesem so günstig verlaufenen Falle die Anwendung der Drainage gegenüber der Ovariotomie. Schwerlich werden viele Fälle so günstig verlaufen. Für die Laparotomie treten die bedeutendsten Geburtshelfer ein, doch braucht sie kaum eine weitere Empfehlung, da sie sich durch ihre Resultate selbst empfiehlt.

Die Statistik, die Stratz 1886 veröffentlicht hat, lautet sehr zu Gunsten der Laparotomie (Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1886, Bd. XII). Von den 14 Frauen, die C. Schröder wegen Ovarialtumor in der Schwangerschaft laparotomierte, starb keine einzige, die Gravidität nahm bei 12 Frauen ihren ungestörten normalen Verlauf, nur zweimal trat Abortus ein.

Olshausen hat 1886 eine Statistik von 82 Laparotomieen in der Schwangerschaft, ausgeführt von 44 verschiedenen Geburtshelfern, veröffentlicht, die folgendes Resultat zeigt. Von den 82 Müttern starben 8, das wäre eine mütterliche Mortalität von 9,75 %, Abortus trat un-

gefähr in 20 % der Fälle ein (Billroth & Luecke, Deutsche Chirurgie, Liefg. 58, 1886, pag. 137, 138.). Von den 8 ungünstigen Fällen gehören 4 der vorantiseptischen Zeit an; überhaupt enthält die Statistik noch mehrere Fälle, die der vorantiseptischen Zeit angehören. Ausführlich sind die Fälle von Olshausen nicht angeführt: leider stand mir nicht überall die Litteratur zu Gebote, so war ich nur im stande, 73 hierher gehörige Fälle aufzufinden, zumal da ich auf die vorantiseptische Zeit wegen der mit der Laparotomie damals verbundenen Gefahren gar keine Rücksicht genommen habe.

Die folgende Statistik habe ich der leichteren Übersicht halber alphabetisch nach ihren Operateuren geordnet. sie lautet folgendermassen:

Statistik.

Ashton ovariotomierte eine Gravida im 6. Monat, normale Gravidität, Geburt eines kräftigen Kindes. (Münchener med. Wochenschrift 1888, No. XXXV. p. 347—49.)

Atlee operierte eine schon sechzehnmal punktierte, heruntergekommene Kranke, bei welcher der Verdacht einer Schwangerschaft in den ersten Monaten sich bei der Operation als richtig herausstellte. Die 8 Pfund schwere Geschwulst war sehr adhärent. Patientin abortierte nicht.

Atlee operierte, ohne vorhandene Schwangerschaft vorher diagnosticiert zu haben. Genesung. Nach 7 Monaten kam Patientin mit einem reifen Kind nieder. Gen. u. diff. diagn. Fall 63 und 68.

Baum: Ovariotomie bei erkannter Schwangerschaft von 4—5 Monaten unter strenger Antisepsis mit Carbolspray. Am 21. Tage nach der Operation Fehlgeburt. Durchbruch eines Beckenabcesses in die Harnblase am 25. Tage. Genesung. (Berlin. klin. Wochenschrift 1876.)

Bertanini exstirpierte bei einer viermonatlich Schwangeren ein grosses Fibrosarkom des Ovariums. Fünf Tage nach der Operation erfolgte Abort und später Peritonitis; doch trat Genesung ein. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889, pag. 68.)

Britan exstirpierte bei einer Gravida im 5. Monat eine rechtsseitige 20 Pfund schwere Ovarialcyste. Abort am folgenden Vormittag. Patientin wird gesund entlassen. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Burd operierte, ohne dass er Gravidität vermutete. Patientin genas; am 2. Tage erfolgte Abortus. (Ibidem.)

Chamber: Ovariotomie im 3. Monat ohne nachfolgenden Abortus. (Centralbl. f. G. 1887.)

Chiara punktierte und laparotomierte eine 34jährige Schwangere und exstirpierte ein rechtsseitiges Ovarialkystom, am folgenden Tage Abort. Patientin genas. (Centralbl. f. G. 1886, p. 368.)

Engström. Otto (Handlinger Bd. 31. 1889. No. 7. pag. 539—59, Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie, Wiesbaden 1890): Engström hat die Ovariotomie während der Schwangerschaft sieben Mal ausgeführt nur wegen der Anwesenheit der Geschwulst. In einem Falle (Operation im zweiten Monat) trat 6 Wochen p. o. Abortus ein; die Patentin litt aber an habituellem Abort. Die 6 anderen Fälle verliefen glatt und ohne Störung der Schwangerschaft. Es wurde operiert im 2. Monat einmal, im 3. einmal, im 4. zweimal, im 6. und 7. je einmal.

Frommel (Stieglitz, Über die Ovariotomie in der Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Erlangen 1889. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie, III. Jahrgang 1890): Während der zwei letzten Graviditäten war wahrscheinlich schon der Tumor vorhanden, ohne dass er diese oder die Geburt wesentlich beeinträchtigt hätte. Trotzdem entschloss sich Frommel gemäss den heutigen Anschauungen zur Exstirpation des Tumors in der zur Zeit der Beobachtung im 5. Monat befindlichen Gravidität. Die Operation und Heilung verliefen glatt, die Gravidität wurde nicht gestört.

Frommel: Auch im 2. Fall war der Tumor schon bei einer früheren Schwangerschaft ohne Störung derselben vorhanden gewesen. Mehrere Monate nach der Entbindung kam sie in die Frommelsche Privatklinik in München, wo Achsendrehung des Kystoms konstatiert wurde. Bei der Operation fand sich erneute Gravidität im 3. Monat. Auch hier wurde die Schwangerschaft nicht gestört. Patientin hat am normalen Ende spontan ein lebendes Kind geboren.

Galabin machte eine Ovariotomie im 6. Monat der Gravidität mit günstigem Erfolge, ohne die Schwangerschaft in ihrem normalen Verlaufe gestört zu haben. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman.)

Goddard berichtet über einen Fall, wo wegen Komplikation der Gravidität mit Ovarientumor nach Konsultation mit Spencer Wells die Ovariotomie vorgenommen wurde. Der Tumor wog 15 Pfund. Die Genesung erfolgte schnell. Die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende. Die Kranke nach sechs Monaten von einem lebenden Kinde normal entbunden. (Ibidem.)

Gusserow ovariotomierte eine Gravida mens. IV; 19 Tage p. operationem Abort, wahrscheinlich durch eine leider nicht zu umgehende Zerrung an dem sehr kurzen Stiel veranlasst. Genesung. (Charité-Annalen.)

v. Kézmarsky befreite eine 24jährige Primipara im 5. Monat durch Laparotomie von einem Ovarientumor; Genesung und Geburt eines lebenden reifen Kindes. (Centralbl. f. G. 1887.)

Larrivé berichtet über eine Ovariotomie, ausgeführt in der Schwangerschaft mit glücklichem Ausgange und Fortbestand der letzteren. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Lee: Ovariotomie im 3. Monat; Patientin abortierte nicht, obwohl der Uterus aus Versehen punktiert war.

Lee: Die Kranke starb an septischer Peritonitis (maligner Tumor).

Lee: Ovariotomie im 3. Monat mit glücklichem Erfolge. (Centralbl. f. G. 1887.)

Loebker ovariotomierte eine Gravida im 4. Monat. Schwangerschaft war ungestört, am Ende derselben erfolgte die Geburt eines kräftigen Knaben. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Mac-Grair operierte mit Erfolg eine dreimonatlich Schwangere, welche mit einer rasch wachsenden, multilobulären Cyste behaftet war. Trotz der extraperitonealen Behandlung des Stieles und einer Nachblutung aus demselben ging die Heilung ungestört vor sich. Die Kranke kam am normalen Ende der Gravidität spontan nieder und gebar ein gesundes lebendes Kind. (Ibidem.)

Marion Sims ovariotomierte im 3. Mon., Genesung, rechtzeitige Geburt. (Olshausen, Pitha Billroth, Chir. Bd. 10.)

Mundé exstirpierte im Beginn des 5. Monats einen Ovarialtumor, Patientin gebar am Ende der Schwangerschaft. (N. Y. M. J. 1887, p. 143—145 und the Americ. J. of obst. XX, p. 730.)

Mundé: Beide Ovarien sind entartet, links Dermoid, rechts eine interligamentöse Geschwulst, die vor der Operation geplatzt war. Es gelang, die Geschwülste zu entwickeln und abzubinden; der Stiel wird nahe am Uterus mit dem Thermokauter abgebrannt. Nach 48 Stunden Wehen, nach 72 Stunden Ausstossung eines fünfmonatlichen Eies in toto. (Ibidem.)

Olshausen hat sechsmal während der Gravidität ovariotomiert, jedesmal mit gutem Erfolge. Vier von den Operierten gelangten ohne Unfall ad terminum graviditatis. (Olshausen, Klin. Beitrag zur Gyn. und Geburtshilfe, 1884, nach Dr. E. Thoman, Schwangerschaft und Trauma, Wien 1889.)

Pippingsköld berichtet: 41jährige Frau X para, letztes Mal vor $2^1/_2$ Jahren geboren. Im März 1877 wurde die Geschwulst diagnosticiert. Menstruation immer unregelmässig. Am 11. und 28. Februar 1879 Punktion, $2^1/_2$ Liter Flüssigkeit entfernt. Als Orthopnoë entstand, radikale Operation am 8. März 1879. Bei der Operation Schwangerschaft konstatiert. Gleich nach der Operation wurden die Wehen, die wahrscheinlich schon den vorhergehenden Tag angefangen hatten, deutlicher; 7 Stunden später platzten die Eihäute und 17 Minuten darauf war die Geburt überstanden. Das Kind tot, $8^1/_2$ Monate alt, 2,44 kg schwer.

Pippingsköld: 34jährige IIpara hat vor zwei Jahren im 6. Monat abortiert. Nach dem Abort fing der Unterleib an sich zu vergrössern. Letzte Menstruation vor drei Monaten. Linksseitige Ovariumcyste. Am 27. Juli 1880 im 6. Monat Ovariotomie. Die Heilung ist in einigen Wochen vollendet. Am 3. November wurde ein ausgetragenes Mädchen geboren. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Schröder hat 14 mal während der Gravidität ovariotomiert mit dem günstigsten Erfolge. Alle Mütter blieben am Leben, nur zweimal trat Abort ein.

Spencer Wells exstirpierte 9 mal während der Schwangerschaft einen Ovarialtumor; sämtliche Frauen überstanden die Operation. Abort trat 4 mal ein. (Schwangerschaft und Trauma, Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Spiegelberg hat drei Ovariotomieen während der Gravidität mit Glück ausgeführt, die Schwangerschaft verlief ohne Anstand ad terminum. (Ibid.)

Staude: Multipara, die bisher ohne Schwierigkeiten geboren hatte. $1^1/_2$ Jahre vor der Operation an einer Entzündung erkrankt, die im Becken ihren Sitz hatte. Schmerzhafter Tumor rechts vom Uterus. Diagnose zunächst Beckenexsudat, dann Ovarialtumor. Oktober 1886 letzte Regel, im Januar 1887 kam Patientin in die Behandlung Staudes. Befund: Graviditas mens. III. r. hinter dem Uterus ein gut zitronengrosser, länglicher Tumor. Diagnose adhärenter Ovarialtumor. Wegen doch später eintretenden Geburtshindernisses wird die Operation gemacht. Stiellose Dermoidcyste des rechten Ovariums. Patientin hat zur rechten Zeit normal geboren.

Staude: Primipara, jetzt Gravida mens. II. hat einen apfelsinengrossen, beweglichen Ovarialtumor hinter dem Uterus. Ovariotomie. Heilung. Geburt eines lebenden Kindes. (Centralb. f. G. 1888, No. 15, pag. 247.)

Storry führte mit Glück die Ovariotomie bei einer im 4. Monate Schwangeren aus. Genesung nach vier Wochen, ohne dass die Schwangerschaft irgend eine Störung erlitten hätte. (Schwangerschaft und Trauma. Dr. E. Thoman, Wien 1889.)

Thornton publiziert einen Fall, in welchem er im 5. Monat der Schwangerschaft eine Ovarialcyste punktierte. Am siebenten Tage darauf äusserst heftige, die Strangulation charakterisierende Bauchschmerzen. Es wurde sofort die Ovariotomie gemacht. Der Tumor wurde partiell gangränös gefunden, indem der Stiel drei Umdrehungen um seine Achse erfahren hatte. Die Kranke überlebte die Operation nur wenige Stunden. (Ibidem.)

Thornton entfernte beiderseitige Dermoidcysten während der Gravidität mit glücklichem Erfolge. Die Schwangerschaft blieb ungestört. (Ibidem.)

Veit: Ovariencyste im 3. Monate der Schwangerschaft konstatiert. Uterus retroflektiert, auf ihm der Tumor. Im 7. Monate Ovariotomie. Genesung. Rechtzeitige leichte Entbindung. (Ibidem.)

Veit: Prolapsus uteri gravidi kompliziert mit Cystovarium. Auf Punktion der Cyste erfolgt Eiterung. Ovariotomie. Abortus am 13. Tage nach der Operation. Heilung der Mutter. (Ibidem.)

Wilson ovariotomierte eine 40jähr. Xpara im 4. Graviditätsmonate. 36 Stunden vor der Operation die übeln

Erscheinungen einer Torquierung des Stieles, die durch die Operation festgestellt wurde. Heilung. Schwangerschaft normal. Geburt eines lebenden Kindes. (Ibidem.)

Die Ovariotomie ist Radikaloperation und bietet die denkbar günstigsten Aussichten. Von den 73 Frauen starben nur 2, das wäre also nur eine Mortalität von 2,74%. Von diesen beiden Frauen ging die eine im Falle Lee an septischer Peritonitis zu Grunde, die Prognose war bereits vorher ziemlich infaust, da es sich um einen malignen Tumor handelte. Im Falle Thornton war die Prognose vor der Operation ebenfalls bereits ungünstig, es hatten sich die schlimmen Symptome der Torsion des Stieles eingestellt und diese hatten zur Operation gedrängt. Nach der Eröffnung des Bauches fand man den Tumor bereits partiell gangränös; dass der Tod schon nach wenigen Stunden eintrat, konnte bei solchem Befund nicht überraschen. Die Prognose ist in Bezug auf die Frucht nicht so gut, doch andererseits nicht so schlecht, dass sie die Laparotomie auf eine andere Zeit als die Schwangerschaft verdrängte. Es bleiben nach Abzug dieser beiden Todesfälle noch 71 Fälle übrig und bei diesen 71 Fällen trat 16 mal Abort ein, das macht 22,53%. Im Falle Pippingsköld, der mitgerechnet ist, hatte bereits vor der Operation der Geburtsakt begonnen und es wäre daher streng genommen dieser Fall abzuziehen, desgleichen auch ein von Engström operierter Fall, wo die Frau an habituellen Abortus litt. Über die eventuelle Ursache des Aborts sind verschiedene Meinungen laut geworden, Larrivé knüpft an seinen Fall ebenfalls derartige Betrachtungen und meint, dass der Einfluss einer gesteigerten Temperatur bei einem bestehenden Trauma ungünstig auf die Schwangerschaft wirke und den Abort hervorrufe. In seinem Falle überschritt die Eigenwärme der Mutter nicht 38.2°. In drei anderen Fällen, die zu Abort führten, überschritt das Fieber jedesmal 40°.

Als besten Zeitpunkt für die Ausführung der Laparotomie in der Schwangerschaft nennt Schröder die ersten Monate, weil später die Lig. lata so entfaltet und mit ektatischen Venen so durchsetzt sind, dass die Stielversorgung etwas schwieriger und gefährlicher ist. Doch ist dies kein Hinderungsgrund, auch später zu operieren, das beweist

vor allem der Fall Pippingsköld, wo 7 Stunden nach der Ovariotomie bereits die Geburt begann, die Frau genas vollständig. Die Nachbehandlung hat vor Bauchhernien zu schützen. Durch die grosse Ausdehnung des Leibes in der Schwangerschaft wird die weiche Narbe zur Austrittsstelle für Hernien, noch leichter wird dies während des Geburtsaktes eintreten können.

v. Kezmarsky schlägt vor, statt der gewöhnlichen Bauchbinde, mit der man die Operierten entlässt, eine Miederhose tragen zu lassen, die zweckmässiger stützt und dem ästhetischen Sinn der Frauen mehr entspräche. Die Beschreibung derselben giebt Barsony (Ovariotomie während der Schwangerschaft, Centralblatt für Gyn. 1887, No. 9).

Wenn wir noch einmal die Hauptpunkte bei der Komplikation der Ovarialtumoren mit der Schwangerschaft zusammenfassen, so heisst es:

„Nach feststehender Diagnose soll man operativ eingreifen und zwar mittelst der Laparotomie, da nur allein die Ovariotomie im Stande ist, radikal und zweckmässig zu heilen.“ In Anbetracht der aufgestellten Statistik ist die Prognose die denkbar günstigste, da nur 2.74% Mortalität bei den Müttern ist. Wenngleich in 22.52% Abort eintritt, so müssen wir bedenken, dass die Punktion eine gefährliche Manipulation für die Patientin ist, andererseits keine Radikaloperation, die Frühgeburt ebenfalls keine Radikaloperation und ungünstig für Mutter und Kind ist. Bei dem Exspektativverfahren sieht man manchmal Abortus eintreten, in anderen Fällen kommt es zu den durch den Sitz des Tumor, das Wachstum des Uterus und des Tumors und die Achsendrehung des letzteren geschilderten Gefahren in der Schwangerschaft und ausserdem werden oft bei der Geburt Mutter und Kind und auch im Wochenbett noch die Mutter durch den Ovarialtumor gefährdet.

Ich komme nun zum zweiten Teil meiner Arbeit, zur Besprechung der Ovarialtumoren als Geburtshindernis; ich möchte hier gleich in medias res gehen und den Fall veröffentlichen, der mir durch die Güte des Geheimen Medizinalrates, Herrn Professor Dr. Gusserow, überlassen ist, und werde im Anschluss an diesen die Hauptpunkte dieses Kapitels besprechen. Genauer findet dieses Kapitel seine Berücksichtigung in der interessanten Zusammenstellung

von Dr, Lomer, betitelt: „Über Komplikation der Geburt durch Ovarientumoren“ (Archiv für Gyn. Berlin 1882), derselbe hat hauptsächlich die wertvolle Dissertation von Jetter benutzt.

Das Journal No. 268 der geburtshülflichen Universitätspoliklinik der Charité zu Berlin, Sommersemester 1889, lautet folgendermassen:

„Kreissende ist die 23jährige Fuhrmannsfrau H. IV para. Die Hebamme liess um ärztliche Hilfe bitten, weil sie den Muttermund nicht finden konnte.

Äussere Untersuchung: Temperatur der Mutter ist 37,0°, Puls hat 60 Schläge in der Minute. Der Fundus uteri ist am Rippenbogen zu fühlen, Kontraktionsring einige Finger unter dem Nabel, rechts seitlich beweglich über dem Beckeneingang ist ein grosser Teil und gleichmässige Resistenz, links sind kleine Teile fühlbar, rechts von der Linea alba kindliche Herztöne, 124 in der Minute hörbar. Es besteht eine mässige Blutung aus den Genitalien, links vom Uterus fühlt man einen sich in das Becken fortsetzenden elastischen, rundlichen Tumor.

Innere Untersuchung: Das hintere Scheidengewölbe ist vorgebuchtet durch einen vom Uterus und der Beckenwandung abgrenzbaren, nicht verschieblichen, elastischen Tumor, welcher in den erwähnten, aussen zu fühlenden Tumor übergeht und Fluktuation zeigt, der Tumor spannt sich während der Wehe stärker. Der Muttermund ist nur schwer zu erreichen, steht sehr hoch und dicht hinter der Symphyse; der Muttermund ist erweitert, die Blase steht. Im Muttermund sind beide Füsse zu fühlen und der grosse Teil rechts über dem Becken, der Steiss. Es wurde Meldung geschickt und wegen eingetretener Krampfwehen und drohender Uterusruptur Pulv. Doweri verordnet. Die Wehenpausen wurden darauf länger. Bei der Ankunft von Herrn Dr. Vowinckel wurde der Tumor als Ovarialtumor angesprochen, die Narkose eingeleitet, die Blase gesprengt, die Geschwulst, welche vorher irreponibel erschien, reponiert, und da beim Blasensprunge wenig mit Mekonium vermengtes Fruchtwasser abging, die kindlichen Herztöne gesunken waren, und der Kontraktionsring jetzt in Nabelhöhe stand, die Extraktion des Kindes gleich vorgenommen. Das Kind, nicht völlig ausgetragener Knabe, kam trotz der sehr leichten und schnellen Extraktion tief asphyktisch zur Welt,

konnte aber zum Leben gebracht werden. Er hatte mit Mekonium vermengtes Fruchtwasser aspiriert. Der Uterus kontrahierte sich gut, die gelöste Placenta wurde nach $^1/_2$ Stunde mittelst des Credéschen Handgriffs exprimiert. Der nierenförmig gestaltete Tumor geht von den linken Anhängen aus und liegt nach der Extraktion des Kindes im linken Hypochondrium und hat die Grösse von etwa zwei Mannsfäusten.

Trotzdem der Uterus beim Verlassen der Wöchnerin $^1/_4$ Stunde nach der Expression der Placenta gut kontrahiert war, trat doch nach etwa $^3/_4$ Stunden wieder Erschlaffung und Blutung ein, derentwegen abermals geschickt wurde.

Bei der Ankunft des Herrn Dr. Vowinckel war die Entbundene bleich, der Puls klein und frequent, eine reichliche äussere und innere Blutung hatte stattgefunden. Der Tumor war nicht mehr deutlich zu fühlen, vor ihm lagen Darmschlingen. Es wurden die Coagula exprimiert, durch Reiben kontrahierte sich der Uterus, die schon bei der Geburt entleerte Blase wurde nochmals entleert, eine heisse Uterusausspülung mit 3 $^0/_{00}$ Salicylsäurelösung gemacht; Secale cornutum wurde innerlich gereicht, ausserdem Analeptica. Bevor das verschriebene Secale aus der Apotheke gebracht war, etwa $^1/_2$ Stunde nach der Uterusausspülung, trat nochmals Erschlaffung des Uterus und eine kleine Blutung ein.“

Soweit berichtet das Geburtsjournal; wir kommen nun zur Besprechung des Falles. Ovarialtumoren kommen als Geburtshindernis zum Glück weit seltener heutzutage zur Beobachtung als früher, weil man sie eher diagnosticiert und in der Schwangerschaft laparotomiert. Oft sind es die während der Schwangerschaft im kleinen Becken liegenden Tumoren von geringerer Ausdehnung, die bis zur Niederkunft, ohne grössere Unannehmlichkeiten bei der Patientin hervorgerufen zu haben, hinübergenommen werden. Auch bei unserer Patientin waren keine stärkeren Beschwerden durch den Tumor in der Schwangerschaft hervorgerufen worden. Gerade weil sie keine besonderen Beschwerden verursachen, gelangen sie dem Arzte nicht eher zu Gesicht. Am Ende der Schwangerschaft sind sie meist so bedeutend angewachsen, dass sie recht erhebliche Geburtshindernisse setzen.

Diagnose: Die Diagnose ist häufig bei äusserer Palpation durch die starke Spannung des Leibes erschwert.

In unserem Falle fühlte man sehr gut links vom Uterus einen sich in das Becken fortsetzende elastischen elliptischen Tumor; die Palpation von aussen war also nicht erschwert. Bei der inneren Untersuchung wird es stets gelingen, den Tumor zu finden, da während der Wehe durch denselben das hintere Scheidengewölbe vorgewölbt wird, wie auch der vorliegende Fall es beweist.

Ausserdem kann man aus der Dislokation des Muttermundes, derselbe wird durch den in der Excavatio rectouterina sich befindenden Tumor nahe an die Symphyse gedrängt, auf das Vorhandensein einer Geschwulst schliessen. Nötigenfalls ist die Untersuchung in Narkose vorzunehmen.

Die Symptome: Der Tumor setzt ein Geburtshindernis und dadurch wird die Geburt protahiert, die Wehen werden immer schwächer, die Pausen zwischen denselben immer grösser, es tritt sekundäre Wehenschwäche ein. Oder es kommt, weil es den Wehen nicht gelingt, das Geburtshindernis zu überwinden, zu drohender Uterusruptur, wie es in unserem Falle geschah. Bei der Ankunft des Herrn Dr. Vowinckel stand der Kontraktionsring bereits in Nabelhöhe.

Die Gefahren können wir somit unter zwei Hauptpunkte gruppieren;

1. Gefahren, die dem Kinde erwachsen,
   a) der Ovarialtumor versperrt dem Kind die Geburtswege,
   b) durch die protahierte Geburt kommt es zu Krampfwehen, die die Placentarstelle so kontrahieren, dass es zur Asphyxie des Kindes kommt.
2. Gefahren, die der Mutter drohen,
   a) Ruptur des Tumors kann erfolgen mit konsekutiver Peritonitis,
   b) Ruptur des Uterus kann durch den Tumor bedingt werden.

Prognose: War die Prognose schon als sehr ernst in der Gravidität zu stellen, so muss man dies umsomehr in der Geburtsstunde der Kreissenden sowohl wie dem Kind gegenüber thun. Die Statistiken bieten einen recht traurigen Beweis dafür, so erwähnt Stratz in seiner Arbeit (über die Komplikation von Tumoren mit Gravidität, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. 1866), dass

nach Litzmann von 54 Müttern 24 zu Grunde gingen, nach Jetter von 215 Müttern 64, nach Playfair von 13 Müttern 6. Braxton Hicks leitete 6 Geburten, Royers 5, ohne eine Mutter zu verlieren, Spencer Wells verlor von 11 Müttern 3, Fritzsch (Toporsky, Centralblatt für Gynäkologie. 1885) von 4 Müttern eine. Das giebt, so schliesst Stratz, eine Gesamtmortalität von etwa 30%. Für das Kind ist die Prognose noch trauriger. so starben bei 6 Fällen bei Ovarialtumor in der Geburt von C. Schröder aus den Jahren 1879—1885 4 Kinder sofort, eines wurde frühreif lebend geboren. starb jedoch bald ab.

Therapie: Barsony (Ovariotomie während der Schwangerschaft. Centralblatt f. Gyn. 1887 No. 9) gruppiert sehr zweckmässig die verschiedenen Behandlungsmethoden, es kommt in Anwendung:

1. Hinaufdrängen der im kleinen Becken sitzenden Geschwulst.

2. Bei nicht soliden Geschwülsten Punktion per vaginam.

3. Bei kleineren soliden Tumoren, die ein Bersten nicht befürchten lassen und grosse örtliche Missverhältnisse nicht verursachen, Beendigung der Geburt mit Zange oder mittelst Wendung und Extraktion.

4. Bei grösserem örtlichen Missverhältnis Perforation oder Kaiserschnitt.

Hinzufügen möchte ich noch, was in P. Müllers Handbuch der Geburtshilfe 1889 Bd. III, p. 215 steht: „Es empfiehlt sich, wenn die Punktion nichts ergiebt und Entbindung auf andere Weise unmöglich ist, eine breite Incision der Cystenwand von der Vagina aus vorzunehmen. Fritsch vernäht die Sackwandung mit der Vaginalwand und räumt den Sack manuell aus, dann wird die Entbindung vorgenommen und schliesslich mit Jodoformgaze die Öffnung im Sack tamponiert."

In unserem Falle kam es zur Ausführung der unter No. 1 erwähnten Behandlungsmethode der Reposition. Dabei ist zu bemerken, dass dieselbe von Herrn Dr. Vowinckel in der Narkose und nach Sprengung der Blase gemacht wurde, ohne die Narkose gelingt sie sehr häufig nicht. Es wurde hieran sogleich die Extraktion angeschlossen, da bei der Höhe des Kontraktionsrings (er stand in Nabelhöhe) ein sofortiges weiteres Eingreifen,

mit Rücksicht auf die Mutter und auch auf das Kind (Abgang von mit Mekonium vermengtem Fruchtwasser, Sinken der kindlichen Herztöne) geboten war.

Ich lasse zur Illustrierung der genannten Behandlungsmethoden einige hierher gehörige Fälle aus der neueren Litteratur folgen.

Einen Fall von C. Schröder aus dem Jahre 1883 wo ebenfalls die Reposition in Anwendung kam, erwähnt Stratz in seiner Arbeit (über die Komplikation von Tumoren mit Gravidität, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn. Bd. XII, 1886), es handelt sich um eine 28jährige Gravida mens. X, grosse Schmerzen, Obstipation, Mattigkeit in der Gravidität; Ovariotomie verweigert. In der Geburt Reposition des Tumors in der Narkose, Kind lebt; das Wochenbett ist normal. Pat. wird mit Tumor gesund entlassen.

Desgleichen wendete L. Prochownik (Deutsche med. Wochenschrift No. 37, 1883, über einige interessantere Laparotomieen) einmal die Reposition an; er schreibt: „Ein mannskopfgrosser Tumor bildete ein Geburtshindernis bei einer 25jährigen Primipara und wurde als solcher, nachdem mich die behandelnde Hebamme citiert hatte, erkannt. In tiefer Narkose gelang es, den Tumor aus dem Becken emporzuheben, und es erfolgte eine Stunde später die spontane Geburt eines reifen Knaben. Nach dem Wochenbett wuchs die Cyste schnell und machte viele peritoneale Reizerscheinungen. 8 Wochen post partum Ovariotomie, leichte Operation, normaler Verlauf.“

Durch Punktion gelangten zum Ziel Lyot (Paris) und Ashton, die jeder über einen hierhergehörigen Fall berichten. C. f. Gyn. pag. 422, Lyot (Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1886, Novembre): 27jähr. IIpara kommt kreissend zur Beobachtung. Das hintere Scheidengewölbe ist stark vorgewölbt, Cervix nach vorn gedrängt, Kind in Steisslage. Punktion von 400 g charakteristischer Flüssigkeit. Spontane Geburt, normales Wochenbett.

Ashton teilt in der Münchener medizinischen Wochenschrift No. 21, 1888 folgenden Fall mit: „G. Sch., 25 Jahre alt, VIpara. Parturiens trat am 19. XII. 86 mit schwachen Wehen in die Anstalt. Rechts neben dem Uterus ein kindskopfgrosser fluktuierender Tumor, wegen der dünnen Wandung des Tumor Punktion und Entleerung circa eines Liters höchst übelriechenden, jedoch nicht missfarbigen Eiters.

Darauf Einleitung des Kopfes in den Beckeneingang und Geburt eines 50 cm langen und 3150 g schweren Knaben.

Bei der Punktion muss man in der Wehe punktieren, weil sich dann der Tumor spannt und an dem hinteren Scheidengewölbe hervordrängt, die Reposition macht man selbstverständlich in der Wehenpause.

Mitunter ist der Geburtshelfer genötigt, gerade bei dieser gefährlichen Komplikation mehrfache und verschiedene Kunsthilfe anzuwenden.

Wiart (Centralblatt für Gyn. 1882 pag. 592) legte bei einer Ipara, Schädel in I. Lage im Beckeneingang, wegen Wehenschwäche den Forceps an, nachdem eine Dermoidcyste von der Grösse eines Truthahneies punktiert war. Abgestorbenes Kind, am 10. Tage Peritonitis acuta, dieselbe wird überwunden; der empfindliche Tumor blieb im Douglas, der Cervix ist bis vorn an die Symphyse verdrängt. 4 Wochen post partum spontane Entleerung reichlichen stinkenden Eiters. Vollkommene Heilung.

Paul Ruges Fall schliesst sich dem ebengenannten an, bei ihm wurde ebenfalls eine mehrfache Therapie ausgeübt.

P. Ruge, Über Eierstocksgeschwülste als Geburtskomplikation (Berl. klin. Wochenschrift 22. April 1878):

IIIpara, erste Geburt vor 3 Jahren war leicht, die zweite vor $1^1/_2$ Jahren etwas verzögert gewesen und durch Expression beendet worden, ob wegen eines mechanischen Hindernisses, ist nicht festzustellen. Jetzt Ende der Schwangerschaft; am 6. November Wasserabfluss, am 8. Wehenanfang, am 9. Presswehen, Kreissende sehr angegriffen, I. Schädellage mit nach rechts abgewichenem Kopf; das Becken von einer prall elastischen Geschwulst so angefüllt, dass man nur mit Mühe zwischen Tumor und Symphyse hinaufdringen kann, um nach dem vorliegenden Kindsteil zu fühlen. Repositionsversuch in der Narkose ohne Erfolg und darauf ebenso vergeblicher Wendungsversuch. Bei der alsdann vorgenommenen Punktion entleerte sich eine kolloide Masse in geringer Menge. Es wurde nunmehr eine 4 cm lange Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus gemacht und dann, nachdem noch Septa im Innern der Geschwulst zerstört worden sind, durch Druck von aussen ein reichlicher Abfluss des Inhalts erreicht.

Jetzt förderte die Zange ein asphyktisches, bald belebtes Kind zu Tage. Nachdem die Placenta entfernt und

der Uterus sich gut kontrahiert hatte, war der Verlauf des Wochenbetts bis zum 7. Tage ein durchaus befriedigender; am genannten Tage Temperatur von 40°. Am 20. hatte der vergrößerte Tumor die Höhe des Nabels erreicht, während er gleich post partum nicht gefühlt worden war. Er fluktuierte und es wurde eine Vereiterung in demselben angenommen. Deshalb am 20. November Ovariotomie, sehr stinkender Eiter in der Geschwulst, Versenkung des Stieles, Drainrohr durch die Öffnung im hinteren Scheidengewölbe. Ausspülungen, Eisblase. Letaler Ausgang am 22. November unter den Erscheinungen der Septicaemie.

Die Fälle, wo die Zange nach erfolgter Punktion aus Zweckmässigkeit angewandt wurde, sind selbstverständlich nicht denen zuzurechnen, wo die Zange als Behandlungsmethode zur Überwindung des Geburtshindernisses, ohne vorherige Reposition oder Verkleinerung des Tumor, angelegt wurde. Diese Behandlungsmethode hat recht schlechte Prognose. Wie leicht bei den gewaltsamen Extraktionen Quetschung der Weichteile und der Cyste, Ruptur der letzteren, des Cervix und der Vagina erfolgen kann, ist leicht einzusehen.

Als Beispiel von notwendig gewordener Perforation kann ich einen Fall von C. Schröder aus dem Jahre 1885 anführen.

„30jährige Ipara, Pelvis plana, Febris 39,5°. Beschwerden in der Graviditat, Erbrechen. Langdauernde Geburt, wobei Fieber eintritt, Kopf über dem Becken, Forceps lässt sich nicht anlegen, da der Tumor irreponibel ist. Punktion wegen der Gefahr der Sepsis nicht versucht. Beim Versuch der Wendung reisst das untere Segment ein, weshalb davon Abstand genommen und das lebende Kind perforiert wird. Im Wochenbett bildet sich an der Rupturstelle ein Exsudat, es erfolgt langsame Genesung, nach 3 Monaten wird Patientin geheilt entlassen."

Es musste hier das lebende Kind perforiert werden, wenn irgend möglich, so wird man selbstverständlich das Leben des Kindes retten. In manchen derartigen Fällen käme heute der konservative Kaiserschnitt in Betracht, bei welchem man dann selbstverständlich den Tumor mit entfernen würde. Die dritte Geburtsperiode brachte in unserem Falle keine Störung, die Placenta löste sich mittelst Handgriffs nach Credé leicht. Es sind aber Beobachtungen auf-

genommen, wie das aus der Litteratur hervorgeht, wo erst in der dritten Geburtsperiode der bestehende Ovarialtumor ein Hindernis wurde. Lomer teilt uns in seiner interessanten Arbeit (über Komplikation der Geburt durch Ovarientumoren Archiv für Gynäk. Berlin 1882) einen solchen Fall mit und ich habe in der späteren Litteratur ebenfalls einen derartigen Fall gefunden. Ashton berichtet in der Münchener medizinischen Wochenschrift No. 21, 1888 (über 3 Fälle von Gravidität kompliziert durch Ovarialkystom) folgendes: „20. XII. 1886. 37jährige Kutscherfrau. Wegen Verzögerung und Blutung während der III. Geburtsperiode wird der Arzt konsultiert, nachdem von der Hebamme schon verschiedene Repositionsversuche gemacht worden sind. In der Narkose wurde ein im rechten Hypogastrium gelegener fast kindskopfgrosser fluktuierender und neben dem Uterus etwas verschieblicher Tumor entdeckt. Seit der letzten Entbindung 29. X. 85 weiss Patientin von der Existenz einer Geschwulst. Die Geburt war damals leicht. Die Atonie war wahrscheinlich durch Verzögerung der Geburt durch den Tumor bedingt.“ Atonie war ebenfalls in unserem Falle $^{3}/_{4}$ Stunde nach Ausstossung der Placenta eingetreten und zwar eine ziemlich bedeutende. Unser Fall ist als besonders glücklich anzusehen, denn Mutter und Kind wurden gerettet, allerdings verlief das Wochenbett nicht so glatt als man hätte erwarten können.

Die Gefahr der Ovarialtumoren für das Wochenbett.

Patientin liess sich auf Anraten des Herrn Dr. Vowinkel behufs Operation am 28. August 1889 in die Charité aufnehmen, nachdem 36 Stunden nach der Geburt grosse Druckempfindlichkeit des Leibes eingetreten war. Anamnestisch wichtig sind die folgenden Notizen. Patientin hat 4 Geburten, niemals einen Abortus durchgemacht. 3 Wochen vor der Geburt litt Patientin an Kreuzschmerzen, nachdem sie bis dahin gesund gewesen war; die Kreuzschmerzen wurden nach und nach stärker, hörten aber nach der Entbindung auf, dagegen haben sich seit der Entbindung Schmerzen in der linken Seite des Leibes eingestellt.

Status bei der Aufnahme.

Kräftig gebaute etwas anämisch aussehende Frau ohne Fieber mit freiem Sensorium. Uterus steht etwas nach

rechts, in der Mitte zwischen dem Nabel und der Symphyse, ist gut kontrahiert und nicht druckempfindlich. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, sondern man sieht den Verlauf einzelner Darmschlingen deutlich durch die Bauchdecken hindurch. Das Abdomen ist in der Gegend des linken Hypochondrium an der Grenze des Rippenbogens etwas druckempfindlich. Der Perkussionsschall ist überall tympanitisch mit Ausnahme einer kleinen Stelle etwas links von der Mamillarlinie an der Grenze des Rippenbogens. Die Contouren eines Tumor sind nicht deutlich zu fühlen. Übelkeit mit Erbrechen besteht nicht. Der Puls ist 128 Schläge in der Minute, hoch, von guter Spannung.

Eine Operation wird vorläufig nicht gemacht, da man bei diesem leidlichen Zustand der Patientin, wo keine Indicatio vitalis vorlag, das Wochenbett durch den schweren Eingriff einer Laparotomie nicht gefährden wollte. Patientin hat vom 28. August bis zum 13. September Temperaturen von Abends 38,5°, Morgens ist normale Temperatur. Die Behandlung der Frau ist rein symptomatisch, der Stuhlverstopfung wird durch Eingiessungen und leichte Abführmittel entgegengewirkt, durch kleine Morphiumdosen wird der Schlaf geregelt, die Empfindlichkeit herabgesetzt. Die Ernährung besteht vorzugsweise aus flüssiger Kost. Am 13. September erhebt sich die Temperatur auf 39,8°, eine innere Untersuchung in der Narkose wird vorgenommen, dieselbe ergiebt folgendes:

Der Uterus ist gut zurückgebildet, antevertiert, aus dem Muttermund entleert sich reichliches blutiges Sekret. Portio ist klein, am äusseren Muttermund ein grosser nach linksgehender Einriss, an denselben schliesst sich im linken Parametrium ein ziemlich fester, kaum druckempfindlicher Strang an. Auch die linke Douglassche Falte ist als Strang fühlbar. Nach dem Tumor hin, dessen unterer Rand vom hinteren Scheidengewölbe aus zu erreichen ist, zieht kein fühlbarer Strang oder Stiel hin. Auch die Hegarsche Methode der Untersuchung lässt keine Verbindung des Uterus mit dem Tumor erkennen. Die schon früher erwähnten Perkussionsverhältnisse haben sich nicht verändert und verändern sich auch in der Seitenlage nicht. Der Tumor lässt sich gut umgreifen, ist von prall elastischer Konsistenz und anscheinend glatter Oberfläche. Er ist im

Abdomen ziemlich unbeweglich und lässt sich nur wenig nach unten schieben. Verbindung des Tumor mit anderen Bauchorganen werden nicht gefunden.

Die Untersuchung konnte leider das Vorhandensein eines Stiels nicht nachweisen und somit an demselben auch keine Veränderungen. Warum man den Stiel nicht durchfühlen konnte, findet später bei der Beschreibung der Operation seine Erwähnung. Anderseitig stellte die Untersuchung fest, dass es sich um keine fühlbaren Verwachsungen mit den Nachbarorganen handelte. Zur Operation wollte man einen späteren günstigeren Termin wählen. Nachdem das Fieber einige Tage die Höhe von 39° und mehr erreicht hatte, kehrte es auf sein altes Niveau zurück, das Befinden der Patientin wurde wieder ein besseres. Man entschloss sich zur Operation und diese wurde von dem Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Gusserow am 1. Oktober 1889 ausgeführt. Das Operationsprotokoll lautet folgendermassen:

Vormittags 8^{3}_{4} Uhr: Schnitt in der Linea alba, 3 cm oberhalb des Nabels beginnend, nach unten etwa 13 cm lang. Nach Eröffnung des Bauchfells stellt sich sofort der an der Oberfläche glatte, nierenförmige Tumor mit einem dünnen Stiel an seinen Hilus in die Wunde. Der Stiel besteht aus der einmal um die Längsachse von aussen nach innen resp. rechts nach links torquierten Tube und ist so dünn und weich, dass ein Durchfühlen von aussen unmöglich war. Doppelte Unterbindung des Stieles und Durchtrennung. An seiner medialen vorderen und unteren vorderen Fläche hatte der Tumor keine Verwachsungen, dagegen sehr zahlreiche und feste, breite Adhäsionen mit den Därmen an seiner oberen vorderen und hinteren Seite. Der im ganzen etwa kegelkugelgrosse, sehr pralle Tumor wird zum Teil aus der Bauchwunde hervorgewälzt und mit der stumpfen Trennung der Adhäsionen begonnen. Aus den gelösten Flächen findet eine ziemlich starke parenchymatöse Blutung statt. Beim Trennen der Adhäsionen platzt plötzlich der Tumor und entleert teils eitrige, teils eigelbe zähe Flüssigkeit mit Haaren. Trotz reichlicher Spülung mit warmer Salicylsäurelösung und Tupfung mit Schwämmen lässt es sich nicht vollständig vermeiden, dass etwas von dem Inhalt in die Bauchhöhle fliesst. Nachdem die zum Teil recht festen Adhäsionen der Därme von der Cystenwand

gelöst sind, wobei einzelne adhäsive Stränge unterbunden werden müssen, wird die parenchymatöse Blutung aus der Darmserosa durch Andrücken von heissen Schwämmen gestillt und eine sorgfältige Toilette der Bauchhöhle vorgenommen. Schluss der Bauchwunde, als die Blutung zu stehen scheint. Naht in gewöhnlicher Weise. Kompressionsverband mit Moospappe. Operationsdauer beträgt $^3/_4$ Stunde.

Wenn wir nun genauer den Fall betrachten, so können wir uns zunächst erklären, warum bei der Untersuchung ein Stiel nicht zu fühlen war; derselbe war so dünn und weich, dass es nicht möglich war, ihn von aussen zu finden. Dieser Stiel war torquiert. Die Stieltorsion mit ihren Folgen ist die grosse Gefahr, die den Patientinnen in dem Wochenbett droht. Wie leicht diese eintreten kann, ist leicht einzusehen, wenn man daran denkt, dass einerseits während der Schwangerschaft der wachsende Uterus die Torsion des Ovarialtumors bedingen kann, und dass ebenso andererseits nach Ausstossung der Frucht und damit verbundener plötzlicher Verkleinerung des Uterus eine Drehung der Ovarialgeschwulst leicht entstehen kann. In unserem Falle hatte das letztere stattgefunden. Durch die Torsion war der Rückfluss des Blutes plötzlich gehemmt, es hatte sich zunächst eine Blutaufstauung gebildet, diese führte zur Entzündung des Tumors. Die Entzündung des Tumors führte ihrerseits wiederum zur Entzündung des Bauchfells und die Peritonitis war fertig. Wie traurig die Prognose bei der Peritonitis ist, brauche ich kaum zu erwähnen, tritt der Tod nicht ein, so kann es doch zu schweren Störungen kommen.

Die fibrinösen Ausscheidungen bringen die entzündeten Nachbarorgane zur Verklebung und schliesslich zur Verwachsung. Hier war der Tumor an seiner oberen vorderen und seiner hinteren Seite durch breite Adhäsionen mit den Därmen verwachsen. Jederzeit hätte eine Abknickung des Darmes und sich daran schliessender Ileus eintreten und die Patientin in die äusserste Lebensgefahr bringen können. Übrigens ist die Prognose für die Frau in unserem Falle immerhin auch jetzt noch zweifelhaft zu stellen, können doch die narbigen Adhäsionen auch in späteren Jahren gar leicht zur Abknickung und dem schlimmen Ileus führen.

Bei der Heilung der Peritonitis nach Stieltorsion kommt es wohl stets zur Verwachsung des Tumors mit dem Darme,

Truzzi (Gaz. med. ital. lomb. Milano 1887) fand ebenfalls sehr feste und gefässreiche Adhäsionen des Tumors mit dem Darm, als er zwei Monate nach der Geburt die Ovariotomie machte. Dieser Fall von Truzzi ähnelt dem unsrigen sehr. In der Schwangerschaft hatte eine multilokuläre Cyste des rechten Ovariums bestanden, dieselbe war in die Geburt mit hinübergenommen. Trotzdem erfolgte spontane Geburt, im Wochenbett bildete sich eine akute Peritonitis und diese hatte denselben Effekt wie die in unserem Falle. Die Heilung erfolgte hier auch.

Das Krankenjournal vom 1. X., Nachmittags 4 Uhr, also 6 Stunden nach Beendigung der Operation, bringt folgendes:

Patientin war noch etwa 1 Stunde lang nach der Operation sehr benommen. Puls war zuweilen kaum fühlbar und hob sich erst auf Kampheräther-Injektionen. Als die Patientin anfing zu schlucken, wurden auch innerlich Analeptica in kleinen Dosen gegeben. Der Puls ist von 124 (2 Uhr) auf 144 gestiegen, sehr schwach und klein. Die Lippen und die sichtbaren Schleimhäute sind sehr blass. Patientin ist bei Besinnung und hat, abgesehen von einmal gleich nach der Operation, nicht gebrochen. Innerlich wie subkutan werden wieder Analeptica appliziert.

2. X. 89. Morgens.

Patientin hat nicht geschlafen, aber ruhig gelegen und ist bei Besinnung, klagt über etwas Schmerzen im Leibe, sonst nicht. Der Leib ist nicht druckempfindlich und nicht aufgetrieben (soweit sich dies durch den Verband hindurch feststellen lässt), das ganze Aussehen ist wesentlich besser. Puls 144, ist leicht zu unterdrücken und flatternd. Analeptica sind innerlich reichlich genommen worden. Keine Übelkeit und kein Erbrechen.

3. X. 89. Patientin hat gut geschlafen, hat keine Klagen und fühlt sich subjektiv wohl, wenn auch sehr matt. Flüssige Nahrung ist reichlich genommen worden ohne Übelkeit, Puls 124, von wesentlich besserer Spannung als gestern und besser zu zählen. Temperatur 37,3.

Noch einmal erheben sich die Abendtemperaturen am 4., 5. und 6. Oktober auf 38,0° bis 38,5°, um dann dauernd zur Norm zurückzukehren.

28. X. 89. Patientin steht auf.

Am 29. X. 89 lautet das Protokoll der innern Untersuchung:

„Uterus liegt retrovertiert und im Douglas fixiert. I[illegible] linken Parametrium eine diffuse Resistenz, welche allseitig an die Beckenwandung hinanreicht und nicht druckempfindlich ist. Rechtes Parametrium frei.“

Am 2. November wird die Patientin geheilt entlassen.

Dass aber der Patientin auch später immer noch die Gefahr des Ileus droht, habe ich bereits erwähnt.

Wie hätten wir die Frau vor dieser Gefahr schützen können? Dass wir, sobald sich Torsionserscheinungen eingestellt hätten, sofort operativ eingegriffen hätten, um den weiteren Gefahren wie Peritonitis etc. die Frau nicht auszusetzen.

Ich weiss wohl, dass in der Litteratur davor gewarnt wird, das Wochenbett durch die Laparotomie zu gefährden, und doch möchte ich zur Operation raten.

Emmerich Thoman (Schwangerschaft und Trauma, Wien 1889) stellt als sechste These in dem Abschnitt „die Ovariotomie in der Schwangerschaft“ auf:

„Im Wochenbette zu operieren ist absolut unzuträglich, fast immer ist ein ungünstiger Ausgang zu erwarten.“

C. Schröder (die Laparotomie in der Schwangerschaft, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. V, 1880) ist nicht so schroff und meint:

„Hat man die Wahl, so dürfte es sich empfehlen, wenigstens 6 Wochen zu warten.“

Ja, aber nur dann, wenn man wirklich die Wahl hat: in allen denjenigen Fällen, wo es zu der Achsendrehung eines Tumors kommt, hat man eigentlich keine Wahl mehr, man muss operieren, sobald sich die ersten Erscheinungen der Stieltorsion zeigen. Es wird die Prognose für die Frau wesentlich verschlechtern, will man aus Furcht, kurz nach der Entbindung zu operieren, warten, bis sich die Peritonitis völlig entwickelt hat.

Will man etwas nützen und Erfolg von der Operation sehen, so operiere man möglichst bald nach der Stieltorsion, sonst sind die Gefahren gross, die den unglücklichen Patientinnen drohen. Und ist denn wirklich die Operation in den ersten Tagen des Wochenbettes so gefahrvoll? Die Frauen sind durch den Geburtsakt allerdings sehr geschwächt, sind gewiss aber nicht kräftiger nach 6 Wochen, wenn sie eine Peritonitis im Wochenbett überstanden haben. Der Blutreichtum des Uterus und der Anhänge ist zu Anfang

des Wochenbettes ein grosser, da die Involution des Uterus erst allmählich erfolgt, infolgedessen werden die ohnehin schon geschwächten Patientinnen der Gefahr, viel Blut zu verlieren, ausgesetzt; aber haben sich peritonitische Adhäsionen gebildet, so hat man es bei Lösung derselben, das zeigt auch unser Fall, mit ebenfalls recht erheblichen Blutungen zu thun und macht ausserdem noch grosse Verletzungen der Darmserosa, welche in mehreren Beziehungen gefährlich sind.

Die neueste Litteratur bringt einen Fall von Ovariotomie am zweiten Wochenbettstage, der so glücklich, wie man es nur wünschen mag, verlaufen ist.

Er sei der Schlussstein meiner Arbeit, der die nachstehenden Worte tragen soll: „Zur Vermeidung der überaus grossen Gefahren operiere man Ovarialtumoren im Wochenbett, sobald sich Torsionserscheinungen gezeigt haben!" Dr. Albert Sippel in Frankfurt a. Main (Centralblatt für Gyn. Leipzig 1888) berichtet über einen Fall von Gravidität im 7. Monat, komplizirt durch einen rechtsseitig vorhandenen Ovarialtumor. Es sollte wegen eingetretener Peritonitis, die durch Stieldrehung hervorgerufen war, die Laparotomie vorgenommen werden, jedoch musste diese Operation verschoben werden. Patientin bekam am Tage nach Feststellung der eingetretenen Peritonitis Wehen, und es wurde in Beckenendlage ein lebendes, aber nicht lebensfähiges Kind geboren. Placenta folgte alsbald. Keine Blutung trat ein. Von der Möglichkeit ausgehend, dass vielleicht durch die Verkleinerung des Uterus während der Geburt die Cirkulationsverhältnisse im Stiel günstig beeinflusst sein könnten, beschloss S. zu warten, um das Wochenbett nicht durch Laparotomie zu komplizieren. Da jedoch die Schmerzhaftigkeit bestehen blieb und die Peritonitis zunahm, wurde die Operation am zweiten Wochenbettstage gemacht, nachdem nochmals durch eine Untersuchung die Diagnose Ovarialtumor festgestellt war. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle bluteten die präperitonealen Gewebsschichten stark, das Peritoneum war verdickt, in der Bauchhöhle befand sich blutigseröses Exsudat, sämtliche Intestina waren hochrot und stark injiciert, auf den Darmschlingen befanden sich hier und da fibrinöse Ausscheidungen; alle diese Symptome bestätigten zur Genüge die eingetretene Peritonitis. Im unteren Abschnitt der Bauchwunde lag der

hochrote, puerperale Uterus, während sich im oberen Teil der blauschwarze Tumor zeigte. Die Cirkulation im Tumor war völlig aufgehoben. Verwachsungen fanden sich keine. Der Stiel war einmal völlig um seine Längsachse gedreht. Kurz und dick, wie er war, hatte diese Drehung genügt, um nicht nur den venösen Rückfluss, sondern auch den arteriellen Zufluss zu unterbrechen. Deshalb war es nicht zu Blutungen in die Cyste gekommen und deshalb traten auch die Erscheinungen so mild auf. Es war also hier nicht die Geringfügigkeit der Cirkulationsbehinderung Ursache für die Milde der Erscheinungen, sondern gerade das Gegenteil, die absolute Cirkulationsunterbrechung. Einige weitere Tage zu warten hätten genügt, die bereits gangränescierende Cyste bersten und eine wohl tödliche Peritonitis entstehen zu lassen. Der weitere Verlauf, sowohl was Wochenbett, als was Operation anlangt, war durchaus normal. Am Abend nach der Operation stieg die Temperatur noch einmal auf 38,4, um dann dauernd zur Norm zurückzukehren. Am 14. Tage steht Patientin auf und verlässt am 21. Tage gesund und munter, als hätte sie das glatteste Wochenbett durchgemacht, die Klinik.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Gusserow für die gütige Überlassung des Falles, sowie Herrn Dr. Vowinckel für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe; Olshausen, Handbuch der Frauenkrankheiten 2. Aufl. 1886 Bd. II.; Nolting, Schwangerschaft und Geburt kompliziert durch Ovarientumor, Dissertation Breslau 1884.; Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886.; P. Müller, Handbuch der Geburtshilfe, III Bd. 1889.; T. Ruge, Berliner klinische Wochenschrift 1878 No. 16; Litzmann, deutsche Klinik 1852 No. 38, 40 und 42. C. Schröder, Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe Bd. V. pag. 383 ff.; Stratz, Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. XII. pag. 263 ff.; Lomer, Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XIX. pag. 301 ff.; Hempel, Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VII. pag. 556 ff.; Wiart, Centralblatt für Gynäkologie 1882 pag. 592 ff. Rosner, Centralblatt für Gynäkologie 1885 pag. 229 ff.; Bärsony, Centralblatt für Gynäkologie 1887 No. 9.; Hartmann, Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. XXXIII. Spiegelberg, Monatsschrift für Geburtshilfe, Bd. XXX. 1867; Wernich, Berl. med. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1873, Bd. II, S. 143 ff.; Staude, Centralblatt für Gynäkologie 1888 No. 15 pag. 247; Truzzi, Gazz. med. ital. lomb. Milano 1887 pag. 61 ff.; E. Thoman, Schwangerschaft und Trauma, Wien 1889.

Thesen.

I.

Bei Torsionserscheinungen des Ovarialtumors ist auch im Wochenbett sofort die Laparotomie vorzunehmen.

II.

Hauptaufgabe des inneren Arztes sei es, nicht die Krankheit, sondern den Kranken zu behandeln.

III.

Selbst bei den niedersten Heildiensten ist auf die strengste Desinfektion zu achten.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Heinrich August Winter, Sohn des zu Stralsund verstorbenen Gymnasialdirektors Dr. Ferdinand Winter, evangelischer Konfession, wurde am 31. Januar 1866 zu Wittenberg, Reg.-Bez. Merseburg, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Stralsund, das er Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 22. Oktober 1885 wurde er in das Königliche medizinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut zu Berlin aufgenommen. Vom 1. April 1886 bis 1. Oktober 1886 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 3. Kompagnie II. Garde-Regiments zu Fuss. Am 23. Juli 1887 bestand er das Tentamen physicum, am 16. Juli 1889 das Examen rigorosum. Am 15. März 1890 wurde er zum Unterarzt im Infanterie-Regiment Herzog von Holstein (Holsteinsches) No. 85 ernannt und zugleich behufs Ablegung der medizinischen Staatsprüfung zum Königlichen Friedrich-Wilhelms-Institut kommandiert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, von Bergmann, du Bois-Reymond, Bramann, Dilthey, Dührssen, Ewald, Fraentzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Hirsch, von Hofmann, Israel, Koch, Köhler, Kossel, Leuthold, Leyden, Liebreich, Liman, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Salkowski, E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Virchow, Waldeyer, Westphal.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Druck von C. H. Schulze & Co. in Gräfenhainichen.